

(あて先) 八尾市長

禁煙治療費用助成申請書

次の事項に同意のうえ、当該申請を行います。

- ・内容確認のために医療機関や調剤薬局等に対して、必要に応じて問い合わせが行われることにつき同意します。

申請者	住所	〒 ー		
	フリガナ		電話番号	
	氏名			

公害医療手帳の記号番号（認定番号）		八尾		
被認定者	住所	〒 ー		<input type="checkbox"/> 同上
		(電話番号 ー ー)		
	氏名	<input type="checkbox"/> 同上		
生年月日	昭和 年 月 日 (歳)			

受診医療機関名			
調剤薬局名			
受診日	医療機関 支払額	調剤薬局 支払額	合計(1)
1回目(月 日)	円	円	
2回目(月 日)	円	円	
3回目(月 日)	円	円	
4回目(月 日)	円	円	
5回目(月 日)	円	円	
その他助成制度の利用	無 ・ 有 (名称)		
	助成を受けた金額(2)		円
申請金額(1) - (2) ※上限2万円	円		

助成金は届出の口座（障害補償費、療養手当振込口座）に振り込みます。

提出前に必ず次の添付書類があるか確認してください。

- 領収書の原本(禁煙治療費用以外の医療費を含む場合は写しでも可。領収書は禁煙治療を受けたものの氏名および禁煙治療費と分かるもの)
- 診療明細書(医療機関から発行されている場合のみ)
- 他の助成制度を受けた場合には、その金額が分かる資料